

THÈSE

POUR

135

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

E. BRANLARD

DES AVANTAGES

DE LA COLPO-HYSTERECTOMIE

dans le cancer du col ulcéré

Président : M. le Professeur POZZI

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

Janvier 1911

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

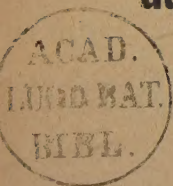
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

E. BRANLARD

DES AVANTAGES DE LA COLPO-HYSTERECTOMIE dans le cancer du col ulcéré



Président : M. le Professeur POZZI

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e Ar^t). -- PARIS
(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

—
Janvier 1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs.	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.. . . .	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	{ HAYEM
	{ GILBERT
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants.	{ HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ GILBERT BALLEST
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale.	{ PIERRE DELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.	{ DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	{ ALBARRAN
	{ BAR
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ RIBEMONT-DES-
	{ SAIGNE
Clinique gynécologique.	{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile	{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	{ A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE.	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE COMMANDANT BRANLARD

Chef de Bataillon d'Infanterie
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MA MÈRE

*Témoignage d'affection et de profonde
reconnaissance pour les sacrifices
qu'elle a faits pour moi.*

A MES SOEURS

881

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONPROFIT

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine
d'Angers.

Député et Maire d'Angers

Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous lémoigner au cours de nos études.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. MARTIN

Ex-Interne en chirurgie des hôpitaux de Paris
Chef des travaux pratiques d'Anatomie
à l'Ecole de Médecine d'Angers.

Il a bien voulu nous confier ce travail et nous aider de ses conseils. Nous l'assurons ici de notre vive gratitude pour les marques de sympathie qu'il nous a données, et l'enseignement si clair dont il nous a fait profiter à sa clinique.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de ce travail.

INTRODUCTION

Au moment où le traitement du cancer du col utérin est plus que jamais à l'ordre du jour nous avons été particulièrement heureux d'assister Monsieur le Docteur Ch. Martin dans plusieurs interventions pour néoplasme du col, conduites selon une méthode qu'on tend de plus en plus à employer : la colpo-hysterectomie, par le procédé de Wertheim, modifiée par Duval.

La cure radicale du cancer du col de l'utérus, une des questions capitales de la gynécologie actuelle, selon Pozzi, a été l'objet de nombreuses recherches de la part des chirurgiens dans ces vingt dernières années.

Les procédés d'exérèse les plus divers ont été employés et il ne semble pas qu'ils aient justifié par leurs résultats la faveur passagère qu'ils ont obtenue. Si à des opérations timides et insuffisantes succédaient des interventions téméraires, les résultats restaient sensiblement les mêmes et décourageaient vite leurs partisans.

L'hystérectomie vaginale avait été vite délaissée devant la rapidité et la fréquence des récidives, et remplacée par l'hystérectomie abdominale. Mais celle-ci, au bout de quelque temps, subit, de la part de quelques chirurgiens, une transformation qui la discrédita ; l'exérèse étendue à tout le système lymphatique, connue

sous le nom de « curage » du petit bassin. Cet évidemment n'apporta que des déceptions, car cette fois ce n'était pas seulement la récurrence prompte qui était à craindre, la mort était quelquefois la conséquence immédiate de l'opération.

C'est alors que la conception d'un chirurgien viennois Wertheim, enthousiasma les chirurgiens par sa nouveauté de la technique et que ceux-ci tournèrent derechef leurs efforts vers la cure radicale du néoplasme cervical. Leur but était de faciliter les différents temps de l'opération pour reculer loin de l'utérus les limites de l'exérèse, et enlever plus facilement en même temps que la matrice une partie du paramètre, les ganglions néoplasiques et de réséquer même une partie plus ou moins grande du vagin. L'innovation consistait dans la combinaison des deux méthodes précédemment employées. Wertheim débutait par un temps abdominal et, refermant le ventre, terminait son opération par le vagin. Une des principales modifications que ce procédé devait subir fut le grand progrès réalisé par Duval en attaquant au contraire le méoplasme par la voie vaginale et en l'extrayant « en vase clos » par le ventre.

Si étendue soit-elle, l'opération que nous avons en vue ici n'a aucune analogie avec l'évidement pelvien tel qu'on le pratiquait en 1895. C'est une opération « élargie » ayant pour but d'enlever une partie aussi large que possible du paramètre, mais non d'extirper tout le système lymphatique de l'excavation.

Avant de faire la description de cette opération, ce qui fera l'objet du premier chapitre ou d'en montrer les avantages au point de vue de l'asepsie, de la facilité et de l'étendue de l'exérèse, toutes questions que nous traitons dans le deuxième chapitre, nous croyons bon de rappeler en quelques lignes les méthodes qui l'ont précédée.

On ne manquera pas de nous reprocher devant le petit nombre d'observations que nous présentons ici et si l'on remarque qu'elles portent sur des cas opérés depuis moins d'un an, de n'apporter à l'appui de notre travail que des arguments théoriques et pas une seule preuve certaine que la récurrence soit reculée guérie à notre technique.

Mais notre intention est seulement d'établir les avantages *immédiats* du manuel opératoire exposé dans cette brève étude.

La colpo hystérectomie est une opération trop neuve pour que nous puissions déjà la juger et nous ne pouvons qu'émettre des probabilités au sujet des de ses conséquences lointaines en nous appuyant sur les quelques statistiques déjà publiées par les chirurgiens qui l'ont employée.

Il serait téméraire en tous cas de lui attribuer un rôle curatif lorsque le professeur Pozzi sur 204 opérations de cure radicale nous cite comme exceptionnels 2 cas sans récurrence après 6 et 12 ans.

I^{re} PARTIE

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les lésions néoplasiques de l'utérus ont d'abord été cherchées et enlevées par les voies naturelles.

Les hystérectomies vaginales seules au début ont été tentées. D'une technique relativement facile, aseptique en somme car le néoplasme évitait la séreuse abdominale, elles se faisaient ainsi :

Une désinsertion du vagin à 1 cm. ou un 1 cm. 1/2 du fond des culs de sac libérait le pôle inférieur de l'utérus. L'opérateur attirait celui-ci en bas, le libérait d'avec la vessie, sectionnait les ligaments larges entre deux pinces, et terminait l'hémostase par des ligatures ou la mise en place de pinces à mors.

Si après beaucoup d'autres chirurgiens, Harthman a pu dire de cette méthode, avec quelque raison, semble-t-il, que devant la fréquence des récidives il a dû l'abandonner définitivement, elle n'en a pas moins eu des partisans autorisés. Schauta dans la *Monatsh F. G.*

ind G. 1903 lui attribua des résultats analogues à ceux de la voie abdominale. Segond n'admét pas le reproche de la limitation de l'exérèse et il dit que la voie vaginale lui a permis d'enlever autant de paramètre et de vagin que l'hystérectomie abdominale totale. Delbet cite un cas d'hystérectomie vaginale précoce chez une jeune femme où l'opération faite il y a 10 ans n'a pas récidivé. Il est du reste juste de reconnaître qu'à l'étranger les statistiques sont plus favorables à cette méthode, soit par suite d'une plus grande précocité de l'opération due à une campagne énergiquement conduite, soit peut-être aussi grâce aux incisions libératrices de Schuchardt.

Quoiqu'il en soit la méthode abdominale finit par détourner la voie vaginale. La facilité plus grande, la possibilité d'enlever plus largement, l'avantage d'y voir plus clair ont peu à peu fait oublier la crainte de faire passer par la cavité péritoneale des tissus septiques, d'autant que les chances théoriques d'infection n'ont pas paru réelles aux opérateurs.

Au congrès de Paris de 1889 et à celui d'Amsterdam de la même année, un certain nombre de chirurgiens se déclarent partisans de la voie haute et de l'ablation des ganglions. Les professeurs Terrier, Quenu, Tuffier, Doyen, Monprofit, Faure, adoptent cette méthode.

L'hystérectomie qu'ils pratiquaient alors s'inspirait de la méthode de Frenud, mais assez vite, devant les résultats qui semblaient insuffisants, quelques chirurgiens en vinrent à penser que l'ablation était trop limi-

tée et ils étendirent considérablement l'exérèse. Celle-ci porta alors sur la base des ligaments larges, enleva tous les ganglions : iliaques, sous pubiens, sacrés, du promontoire, iliaques primitifs et s'appliqua à une dissection soigneuse autour des uretères et de la vessie.

Ce procédé, simple hystérectomie au début, était devenu avec quelques-uns « l'évidement pelvien ».

Au Congrès de Rome de 1902, le professeur Pozzetti le cri d'alarme en posant les indications opératoires et montrant le danger de ces exérèses trop étendues, avec recherche des ganglions distants. Plus récemment, dans son traité de gynécologie de 1907 il fait encore la critique de cette méthode à laquelle Jonnesco s'appliquait. Il liait en effet l'hypogastrique, enlevait tout le tissu graisseux des régions lombaires inférieures, grattant l'uretère et les parois pelviennes. Des inconvénients sérieux résultaient de cet « évidement ». C'était immédiatement la mortification de l'uretère consécutive à sa dénudation trop complète ; la déchirure de vaisseaux importants tels que les vaisseaux iliaques. C'était plus tard la formation de phlegmons très étendus dans l'espace libre ainsi constitué. Et puis si nous ne considérons que les conséquences locales de cette intervention, nous aurions le grand tort de négliger l'influence du Shock dans une opération très longue et toujours laborieuse.

A ce moment l'Allemagne avait encore des partisans des deux méthodes vaginales et abdominales. Mais en France il ne parut dès lors plus rien. C'est que les in-

succès s'étaient trop multipliés. Ils semblent devoir être attribués à deux raisons : Ou bien les chirurgiens s'attaquaient à des cas trop graves, ou bien avertis par l'échec de la méthode du « curage du pelvis », ils rasaient à présent l'utérus là où il eût fallu une plus large excrèse.

Cependant à la Société des Médecins de Francfort Rumpf et Riés avaient bien mis en lumière la nécessité d'une dissection soigneuse des uretères, d'une colerette vaginale, et de l'extirpation systématique des ganglions reconnus cancéreux et ce fait même a permis à M. Jayle de regarder Riés comme le précurseur de la méthode actuelle. S'il est vrai qu'en effet Riés ait bien compris les avantages d'une ablation un peu étendue il n'en reste pas moins que les premières publications à ce sujet dans les archives de gynécologie seront de Wertheim en 1905 seulement ; bientôt suivies de celles de Bümm (*Zeitchrift fur G. et G.* avril 5 1905). Avec Wertheim nous arrivons à la méthode des interventions par voie mixte.

Il débutait par une dissection par voie abdominale poussée aussi loin que possible du côté du vagin. Il s'efforçait en même temps de refouler la matrice vers l'orifice vulvaire et quand il y était parvenu, il refermait le ventre et venait achever par la voie pernicale la dissection du pôle inférieur de l'utérus qu'il enlevait alors sous le péritoine. Son plus grand soin (c'est du reste là ce qui le distingue d'avec Bümm qui lie ses pédicules et fait ses ligatures tout en laissant l'uretère

le long du ligament large) consiste à bien libérer la vessie et les uretères et ceci fait lier séparément les pédicules vasculaires supérieurs et ceux des veines et artères utérines.

Quelque temps avant les publications de Wertheim, en 1903 Pollosson avait fait connaître en France le résultat de 32 opérations d'après le procédé de Wertheim. En 1906 Duval apporte au procédé du chirurgien viennois une amélioration considérable en appliquant au cancer du col la technique employée par Quenu pour l'extirpation abdomino-pernicale du rectum et dit qu'on doit enlever l'utérus comme un « sac septique fermé. »

Faure fait dans le Bulletin de chirurgie de juin 1906 une longue discussion provoquée par une communication de Duval sur cette méthode vagino-abdominale. Il reconnaît à l'opération débutant par une désinsertion vaginale une grande supériorité sur l'hystérectomie abdominale simple mais moins au point de vue de l'asepsie qu'au point de vue de la facilité. Quelques mois plus tard, en novembre, de la même année, toujours au Bulletin de chirurgie, Faure, sur la demande d'Imbert et Piéri, fait remarquer qu'avant la communication de Duval ces auteurs avaient envoyé en 1905, presque un an avant l'article de Duval, un travail sur la même question.

Depuis, les études se sont multipliées, malheureusement elles ne portent le plus souvent que sur un point imité. Dans le journal de chirurgie de janvier 1910,

Lecène, dans un article lumineux, met complètement au point la question. Il pose nettement les principes opératoires, insiste sur les points délicats tels que la libération des uretères, et décrit en détail un procédé opératoire éclectique qui a été celui employé dans nos observations. Nous ne saurions mieux faire que de suivre son plan.

CHAPITRE II

Anatomie de la région

Notre étude anatomique se limitera à la région cervicale de l'utérus et à ses moyens de soutien. Nous n'avons pas en vue une description de l'organe qui est dans tous les traités et nous ne voulons que rappeler les notions indispensables pour bien comprendre les différents temps de la description qui suivra.

Le col de l'utérus qui s'enfonce dans l'orifice supérieur du vagin comprend deux portions répondant à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur.

Le segment sus vaginal, de 15 mill. à 18 mill., situé dans l'espace pelvi sous péritonéal, a avec les organes de cette région et surtout l'uretère des rapports très intéressants que nous verrons à propos de ce conduit. Il est en contact avec le bas fond vésical et n'en est séparé que par une mince cloison de tissu cellulaire lâche qui permet assez facilement la séparation des deux organes.

La portion sous vaginale répondant à l'insertion du

vagin fait saillie dans cette cavité. Il est bon de remarquer que l'insertion se fait un peu plus haut en arrière où la hauteur du col mesure 0,0016 qu'en avant où elle n'est que de 0,006.

Sans négliger les diverses formations fibro aponévrotiques par l'intermédiaire desquelles les lymphatiques et les vaisseaux abordent l'utérus et qui ont eux aussi un rôle de fixation, nous chercherons surtout à montrer le rôle intéressant des aponévroses sacro-rectogénitales et l'adhérence profonde de l'utérus au vagin.

Le *péritoine* qui recouvre comme un vernis les organes contenus dans le petit bassin unit l'utérus aux organes voisins. Il détermine : en avant le cul de sac *vesico utérin* qui ne descend guère normalement au-dessous de l'isthme, en arrière, le cul de sac de Douglas qui répond à la face postérieure du vagin.

Après la section du péritoine le décollement de l'utérus sera aisé avec la vessie, mais du côté du rectum il ne pourra vraiment se faire qu'après la section des replis de Douglas.

Les *ligaments ronds* partent des cornes utérines et se dirigent vers les grandes lèvres.

Les *ligaments larges* tendus comme un voile des bords droits et gauche de l'utérus aux parois correspondantes de l'excavation pelvienne maintiennent l'organe dans une fixité à peu près constante. On sait leur constitution : accolement des deux feuillets de la séreuse péritoniale, doublé d'un abondant tissu cellulovasculaire. La base un peu différenciée par la présence

de fibres musculaires lisses est le *paramètre* contenant les lymphatiques et les vaisseaux. Ces derniers ont une grande importance puisqu'ils maintiennent fixe l'utérus grâce à leur pédicule. Tant qu'ils n'auront pas été sectionnés l'utérus sera peu mobilisable. Ces vaisseaux de même que l'uretère quittent tous ensemble la paroi pelvienne et s'acheminent dans l'épaisseur des ligaments vers le col utérus. Mais à 0,0025 ou 0,0030 de celui-ci, ils se séparent. Les artères suivant la paroi postérieure du ligament large se dirigent : α *l'utérine* en dedans et en haut formant une crosse à concavité supérieure ; elle aborde le col au niveau de son extrémité supérieure ; β *l'ovarienne* va vers le bord externe de l'ovaire donne la tubaire externe et s'anastomose avec l'utérine ; γ *l'artère du ligament rond*, enfin, remonte le long de ce cordon et va s'anastomoser avec la petite branche que l'utérine fournit au ligament rond.

Quant à l'uretère, l'étude de ses rapports avec l'utérine et les organes du bassin a ici une importance capitale puisque sa dissection est le temps principal de la colpo-hystérectomie. Situé comme l'utérine dans la partie postérieure du ligament large il la croise bientôt en passant devant elle, puis il lui devient parallèle, mais en se plaçant derrière et enfin il se dirige en bas, en avant et en dedans vers le bas fond vésical. Il croise dans ce trajet le bord latéral du col, un peu au-dessous de l'orifice interne, puis laissant le col en arrière, il gagne le cul de sac vaginal antérieur pour pénétrer dans la paroi de la vessie. Une distance de 0,0012 à

0,0015 seulement le sépare du col à ce niveau et il chemine dans une couche cellulaire très lâche qui en permet l'isolement.

d) La dissection de l'uretère, la section de ces pédicules donneront donc une plus grande liberté de mouvements mais il resté encore en arrière de l'utérus, le reliant au sacrum des formations fibro-aponévrotiques : les replis de Douglas. Noyés en avant dans le tissu cellulaire pelvi-sous-péritonéal, ils s'en dégagent en arrière, soulèvent le péritoine des culs-de-sac et, adhérant aux divers organes, base de la vessie, dome vaginal, isthme utérin, et rectum, les rendent solidaires les uns des autres. C'est grâce à ces replis solidement fixés au niveau de la portion isthmique que le col utérin est si difficilement mobilisable du côté de la symphyse. Ce sont eux aussi qui limitent les mouvements du chirurgien dans le décollement du rectum et de l'utérus. Ces lames sacro-recto-génitales sont sous-jacentes à l'uretère et il importe de bien le libérer et de le récliner très fortement si on veut arriver à ces lames génito-sacrées dont la ligature et la section, constituent un temps très important. C'est elles que Farabeuf désignait en effet, sous le nom d'*aponévrose cache-vaisseaux* et dans leur épaisseur elles comprennent outre la vaginale, de nombreuses veines du dome vaginal, du col utérin, de la vessie, et des lymphatiques émanés du col et de la voûte du vagin.

Mais toutes ces formations, si elles ont avec l'utérus des rapports très intimes ne présenteront jamais

l'adhérence du vagin et de cet organe, par l'intermédiaire du col. On peut dire en effet qu'il existe à ce niveau une véritable fusion du col et du vagin puisque les fibres musculaires de l'un se continuent avec les fibres musculaires de l'autre. Si l'on remarque par ailleurs que la partie inférieure du conduit vaginal repose sur le plancher pelvien représenté par le releveur anal d'une part, les muscles du périnée d'autre part, et que cette sangle contractile très solide donne aux deux segments précédents un point d'attache inférieur; on se rendra compte des difficultés très grandes qu'on éprouvera pour les sectionner par voie abdominale. Au seul point de vue qui nous intéresse de l'intervention par la méthode mixte, Segond n'admet pas que la désinsertion du vagin soit nécessaire, l'utérus n'étant, pour lui, fixé que par la base des ligaments larges. Nous verrons dans le deuxième Chapitre, comment Faure répondra à cette critique.

CHAPITRE III

Hysterectomie Vagino-Abdominale

1^{er}. Temps. — Libération du Vagin.

La malade étant en position obstétricale, on stérilise à l'air chaud sous chloroforme, la surface ulcérée du col. Puis selon la méthode de Duval, l'opérateur muni de gants de caoutchouc fait une incision vulvaire passant par la fourchette, la limite supérieure des grandes lèvres, et respectant le méat urinaire. Il libère le vagin sur la face postérieure, après une section du périnée mais sans toutefois pénétrer dans le cul de sac de Douglas.

Plaçant dans l'urèthre une sonde qui guidera son décollement et celui de la vessie il effectue ce temps avec des ciseaux moussés, va aussi haut que possible sans ouvrir le cul de sac antérieur. Reste à libérer les attaches avec le périnée : on met alors des pinces à 1 cm. en dehors des bords latéraux du vagin et celui-ci est sectionné en dedans des pinces. On poursuit ainsi la libération jusqu'aux culs de sac.

Lorsqu'elle est achevée, on lie en bourse la portion supérieure du vagin par 2 sujets qui assureront son étanchéité absolue. Duval enfin retrecissait-encore la vulve par une suture.

2^e temps. — **Opération abdominale.**

Le chirurgien après avoir fait placer le patient en position de Trendelenburg, quitte ses gants, procède au nettoyage de la paroi abdominale qu'il protège par des champs. Une incision du pubis à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic ouvre l'abdomen. Il place l'écarteur automatique de Gosset et protège la séreuse péritonéale au moyen de compresses stérilisées.

Libération de l'utérus. — Saisissant alors l'utérus avec une pince mousse et l'attirant à soi, l'opérateur lie successivement et de chaque côté, le ligament urifundibulo pelvique et le ligament rond, après avoir pris la précaution d'entr'ouvrir le ligament large par séparation de ses deux feuillets. Cette traction élève la matrice vers la plaie abdominale. Il faut alors décoller la face antérieure du col utérin de la face postérieure de la vessie et ceci se fait en incisant le péritoine transversalement au-dessous du cul de sac vesico-utérin. Il sera dès lors facile, s'il n'y a pas d'adhérence, de séparer avec une compresse les deux organes le plus bas possible, puis on fait tirer l'utérus en avant et en haut par l'aide et on recherche les urètres dans le tissu cellulaire retro vesical.

Découverte des urètres. — Nous touchons à un des

points essentiels de l'opération. Il s'exécute en séparant et disséquant aux ciseaux les deux feuillets du ligament large. L'aide attirant l'utérus du côté opposé à l'opérateur tend ainsi fortement le feuillet postérieur de ce ligament ce qui fait apparaître l'uretère le long du feuillet postérieur. Il faut alors dégager un peu de l'uretère tout en se gardant de trop insister. On le repère soigneusement et on recherche l'artère utérine.

Découverte et ligature des artères utérines. — En disséquant aux ciseaux très légèrement et en se tenant au dehors de l'uretère on doit toucher sur l'utérine à sa naissance de l'hypogastrique. Elle est chargée alors avec une aiguille mousse et elle peut-être liée en dehors de l'uretère. Ceci fait on revient à cet organe qui a été simplement repéré dans le temps précédent.

Libération de l'uretère jusqu'à la vessie. — Ce temps est si soigneusement décrit par Lecène dans le Journal de Chirurgie, qu'en raison de son importance nous ne saurions mieux faire que de le reproduire in-extenso :

« L'artère utérine étant liée bien en dehors de l'uretère, je place une pince de Rocher longue au ras, absolument au ras de l'utérus, à la hauteur du col et de l'isthme. Cette pince n'a qu'un but : empêcher le reflux du sang vénieux par les nombreuses veines utérines. Ce reflux du sang, toujours notable même après ligature de l'utérine faite au bon endroit est fort gênant au cours de la libération de l'uretère. Si cela saigne, même modérément on éponge avec de la gaze, on place une pince ou deux, le champ opératoire est

« obscurci et l'on a de grandes difficultés pour conti-
« nuer. La pince de Kocher étant donc placée au bon en-
« droit *au ras de l'utérus* (aucun danger pour l'uretère)
« je coupe le bout périphérique de l'uretère utérine et
« de la veine satellite. Je soulève avec une pince à dis-
« séquer ces organes et je découvre ainsi l'uretère qu'ils
« recouvraient. Avec les ciseaux mousses je *décolle*
« *ainsi le tissu cellulaire periureteral, sans disséquer à*
« proprement parler car il faut respecter la gaine con-
« jonctivo-vasculaire de l'uretère sous peine de risquer
« le sphacèle de ce conduit.

« Je pousse ainsi la libération de l'uretère jusqu'au
« point où ce conduit entre dans la vessie *en suivant sa*
« *face supérieure*. De ce côté tout va bien, il n'y a pas
« de sang, mais en arrière et au-dessus de l'uretère il y
« a des veines et de grosses veines. Il faut les lier en
« un ou deux pédicules séparés, de préférence avec une
« aiguille mousse. Une fois ces veines liées, l'uretère est
« totalement libéré et peut être recliné doucement vers la
« paroi pelvienne par un long écarteur. Il est souvent
« bon aussi de faire recliner en avant contre le pubis
« la vessie ainsi dégagée. » Lecène recommande surtout
de s'abstenir dans ce temps de disséquer au doigt et de
ne rien faire sans le contrôle de la vue. Le chirurgien
exercé adoptera du reste, suivant chaque malade une
technique différente.

*Section progressive des ligaments utero-sacrés et des
lames sacro-génitales.* — Il faut alors libérer l'utérus et
le vagin. On incisera donc le cul de sac de Douglas après

avoir chargé et lié la partie superficielle des ligaments utéro-sacrés, puis ces ligaments utéro-sacrés sont coupés et cela permet à l'utérus de s'élever un peu. Une compresse de gaze aidera à décoller la face antérieure du rectum de la face postérieure du vagin.

On pourra dès lors employer deux procédés pour lier et sectionner les parties profondes des replis utéro-sacrés (1^o ou les charger sur une aiguille mousse, les lier ensuite et les sectionner, ou bien, 2^o, les pincer, les sectionner et les lier. Pour se servir de l'aiguille, il faut charger en arrière et en dessous de l'uretère, le plus près possible des parois de l'excavation. Ce temps prend une très grande importance non pas tant au point de vue de l'hémostase (car les replis utéro sacrés contiennent les vaginales et de nombreuses veines) qu'au point de vue des vaisseaux lymphatiques.

Il reste alors à faire un certain nombre de ligatures avant de sectionner les tissus et à mesure qu'on avance l'utérus s'élève car derrière lui entre le rectum et la face postérieure il y a un plan de clivage qui facilite très sensiblement le décollement.

L'opération est alors terminée si on a, selon la méthode de Duval, enfermé le néoplasme dans le vagin par un surjet en bourse et disséqué celui-ci sur une plus ou moins grande étendue.

Le drainage par le vagin se fera avec un tube de caoutchouc ou une gaze stérilisée, selon les préférences de chacun.

Avant d'aborder l'étude proprement dite des avanta-

ges que nous accordons à la colpo-hystérectomie selon la méthode de Wertheim modifiée par Duval, nous ferons connaître par l'exposé des observations suivantes que nous devons à notre maître, la technique qu'il emploie pour la cure radicale du néoplasme cervical. Sa méthode est celle de Lecène, à peu de chose près, car de même que cet auteur il s'applique à une libération très soigneuse de l'uretère :

Observation I

[M. MARTIN, Angers]

M. G..., d'Angers, 50 ans, rentière, entre à la clinique en mars 1910. Elle perd du sang irrégulièrement depuis 12 mois et commence à souffrir du bas-ventre.

Le doigt sent un col utérin dur, ulcéré sur sa lèvre postérieure, l'ulcération est profonde, saignante, à bords éversés, déchiquetés, légèrement végétants. Le diagnostic d'épithélioma paraît certain et l'examen histologique vient le confirmer.

Opération le 10 mars 1910.

1^{er} temps vaginal. — Selon le procédé de Duval, le vagin est disséqué et fermé en bourse de façon à isoler complètement au fond de la cavité close bien fermée le cancer du col. Celui-ci a été préalablement désinfecté à l'air chaud.

Ce temps vaginal a été conduit ainsi qu'il suit :

Incision circulaire suivant l'orifice vulvaire du vagin ;

Décollement du vagin d'avec le rectum en cheminant dans l'espace décollable qui sépare ces deux organes jusqu'au cul de sac de Douglas qui n'est pas ouvert.

Libération du vagin d'avec la vessie en profitant également du plan de clivage qui sépare ces deux appareils, l'urètre et la vessie sont repérés par une sonde en gomme, la libération va jusqu'au cul-de-sac vessio-utérin qui reste intact.

Sur les flancs du vagin, des paires de pinces sont placées, étage par étage, les attaches pernico-vaginales sont sectionnées entre ces pinces : L'hémostase ainsi assurée est remplacée ensuite par des ligatures sur le côté pelvien. Le vagin libéré à chaque section s'abaisse progressivement. La collerette vaginale étant ainsi rendue flottante, un fil de soie résistant ferme le conduit. Par dessus, un plan de sutures enfouit cette ligature et assure l'occlusion parfaite de la cavité vaginale.

La désinsertion du vagin, de ses attaches pelviennes, est poursuivie ensuite jusqu'aux culs de sac. Le vagin pend comme un battant de cloche au milieu de l'entonnoir, cruenté creusé dans le petit bassin. On l'abandonne ainsi pour attaquer par le ventre l'utérus néoplasique.

2^e temps abdominal. — Section de la paroi sur la ligne médiane du pubis à l'ombilic. Les écarteurs mis en place, et les intestins maintenus refoulés par l'intermédiaire des compresses, le petit bassin apparaît libre.

L'utérus est saisi par une pince à griffe et attiré ; les ligaments larges ainsi tendus sont sectionnés de chaque côté, la section intéresse le ligament rond et les ligaments infundibulo ovariens. A travers la brèche faite ainsi au bord supérieur des ligaments larges, l'on pénètre dans leur cavité, la lame péritoniale antérieure est décollée, refoulée en avant. Sur la ligne médiane ce décollement sépare avec soin et au plus loin possible le col utérin de la vessie. Celle-ci et la lame flottante du péritoine antérieur du ligament large sont maintenues cachées derrière le pubis par une compresse. Cette libération d'emblée de la vessie facilite beaucoup la recherche de l'uretère que l'on trouve sur le feuillet postérieur du ligament large au point où le conduit urinaire quitte la paroi latérale du bassin.

En avant et en dehors de l'uretère l'artère utérine est reconnue et sectionnée, après ligature double sur le coude qui de verticale la fait horizontale et ligamentaire.

L'uretère est ensuite disséqué avec des ciseaux mousses sur sa face postérieure. Cette dissection donne un peu de sang et nécessite une compression de quelques minutes. Une pince de Rocher est placée le long du bord utérin tant pour faciliter cette hémostase que pour permettre l'ablation du paramètre. Entre les deux feuillets péritonéaux écartés des ligaments larges, le tissu cellulaire, les lames vasculaires, la gaine de ces vaisseaux, les ligaments utéro-sacrés sont séparés du péritoine, isolés en une lame s'étendant du bord utérin à la paroi du bassin, descendant du bord supérieur du ligament large à l'aponévrose pelvienne supérieure, s'épanouissant à mesure que l'on descend vers le plancher pelvien. Cette lame représente le paramètre. Elle est sectionnée de haut en bas, aussi en dehors que possible entre deux doubles rangées de ligatures étagées.

Ces ligatures faites avec une aiguille mousse, courbe, avant la section des tissus, rendent ce temps difficile, remarquablement exsangue. La dernière section arrive au cul de sac vaginal correspondant et rencontre le plan de clivage du vagin.

L'uretère est resté toujours recliné, bien visible en dehors de la lame paramétrique. Les divers temps opératoires exécutés d'abord à gauche sont répétés identiquement à droite. L'utérus libéré de toutes ses attaches ligamentaires n'est plus retenu au plancher pelvien par le vagin désinséré.

Il est remonté progressivement et attiré à mesure que s'achève la section du paramètre. Son exérèse se complète rapidement et tout d'un coup, grâce à la désinsection préalable du vagin.

Dans cette observation ces faits feront particulièrement et l'ablation de l'utérus par l'abdomen extrêmement facilitée.

L'utérus enlevé il reste une large surface cruentée, formée au milieu par la loge vaginale et latéralement par le fonds des ligaments larges. Une péritonisation soignée recouvre cette surface, en adossant en un long surjet transversal, les feuillets an-

lérieurs et postérieurs des ligaments larges et la vessie au rectum.

Fermeture de la paroi en 3 plans : un drainage vulvaire, la mise en place de la sonde à demeure terminent l'opération.

Les suites opératoires n'ont rien présenté de spécial.

Ablation de la sonde à demeure le 3^e jour.

1^{er} pansement abdominal le 7^e jour ; ablation des fils, 9^e jour.

Chaque jour on change le pansement vulvo-vaginal.

Cicatrisation vaginale complète en 15 jours. La malade quitte la clinique le 25^e jour.

Revue fin décembre sans récurrence : Le vagin a 3 cm. de profondeur, au fond on a une cicatrice souple, dépressible, non douloureuse et jusqu'à présent sans ulcération suspecte.

Observation II

[M. MARTIN d'Angers]

Mlle C..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital de Baugé le 15 novembre 1909, pour un épithélioma ulcéré du col utérin. Cette malade est amaigrie, fatiguée ; elle exerce avec difficulté sa profession de blanchisseuse ; elle a un gros cancer en choux fleur du col utérin ; le vagin est rempli par le bourgeonnement néoplasique. Il s'écoule un ichor fétide ; des pertes de sang, reviennent à chaque instant. Les premiers symptômes datent de 10 mois. La malade non réglée depuis 2 ans a vu à cette époque reparaitre ses premières pertes.

L'état au premier abord paraît assez précaire pour faire redouter une hystérectomie et M. Martin se contente de faire un curettage du choux fleur suivi d'application de chlorure de calcium.

Un mois plus tard, la malade, débarrassée de ses végétations néoplasiques, a beaucoup gagné, la gravité de son état général tenant plus aux hémorragies abondantes et surtout à l'infection de la masse cancéreuse qu'à l'importance de ce néoplasme. De plus celui-ci est nettement limité au col. Un bourrelet dur entoure ce cratère d'où repartent de nouvelles végétations et isole absolument la néoplasie des tissus voisins.

Une ablation de l'utérus cancéreux paraît pouvoir être tentée avec de grandes chances de succès.

Opération, le 18 janvier 1910.

Un nouveau curettage du col est fait et la surface ulcérée qu'il laisse est vigoureusement thermocautérisée.

Le vagin désinséré circulairement à 4 cm. environ des culs de sac vaginaux est séparé de la vessie et du rectum, lié sur les bords pour hémostasier les vaisseaux pelvovaginaux. Fermeture en bourse du vagin désinséré, et création ainsi d'un vase clos, contenant le col utérin cancéreux.

Par l'abdomen l'utérus est enlevé suivant la technique de Wertheim : 1. La vessie après section des bords supérieurs des ligaments larges est tout d'abord séparée et décollée du col utérin.

2. L'uretère est trouvé à sa descente le long du feuillet postérieur du ligament large.

3. L'artère utérine est liée en dehors et en avant de l'uretère, sur la partie latérale du petit bassin.

4. Le paramètre d'abord hémostasié par des pinces placées le long de l'utérus est enlevé. Des ligatures étagées empêchent l'hémorragie avant chaque section de ce feuillet fibro vasculaire.

La malade garde bien ses urines les premiers jours. Un écoulement apparaît le 5^e jour, assez modéré et disparaît spontanément le 20^e jour.

Probablement l'uretère disséqué de trop près s'est sphacélé sur une petite partie. La cicatrisation de plaies sous-péritonéales a suffi pour provoquer la guérison de cet incident.

Cette hypothèse, par ailleurs, n'a pu recevoir de confirmation, car étant donné l'outillage de l'hôpital de Baugé, aucun examen cystoscopique n'a pu être fait. Une sonde à demeure a été maintenue jusqu'à guérison de la fistule urinaire. Peut-être s'est-il agi là d'une fistule vésicale.

La malade revue en novembre 1910 garde parfaitement ses urines.

Observation III

M. MARTIN d'Angers.

Mme D..., 51 ans, maîtresse d'hôtel, entre à la clinique le 21 mars 1910, pour un cancer du col utérin au début. Cette femme, grande, maigre, a eu jusqu'à présent une santé suffisante. Je l'ai opérée cependant en 1904 pour une phlébite variqueuse de la saphène interne du côté droit. Le segment veineux thrombosé s'étendait depuis la base du triangle de Scarpe jusqu'à la face interne du genou. Sans cause appréciable, le malade sentait ses forces décliner et se voyait maigrir depuis 5 mois environ. Quelques pertes de sang plus abondantes que de coutume lui paraissaient suffisantes pour expliquer cette déchéance de sa santé et étaient mis sur le compte de troubles précédant le ménopause. A part ces métrorragies aucun symptôme n'attirait l'attention du côté de l'utérus. Vers le 5 février, une hémorragie utérine très abondante et subite vint et nécessita un examen médical, pratiqué par le Dr B., qui fit le diagnostic de cancer du col utérin au début, et adresse la malade au Dr Martin.

Au toucher, le col est semé de granulations dures, confluentes, saignantes sous le doigt. Ces granulations sont serrées en rangs pressés et forment des plaques à bords irréguliers, se réunissant parfois avec leurs voisines. La lésion se prolonge dans l'orifice du col utérin. Chaque granulation, considérée isolément, a le volume d'un grain de millet, à une noisette rouge, revêtue d'épithélioma, non ulcérée mais saignant facilement.

La granulation repose sur un fond induré et grattée, laisse une dépression saignante. Le vagin est indemne, l'utérus, non augmenté de volume est très mobile. On ne sent aucune induration dans les culs de sac et il n'y a pas de ganglions pelviens.

L'aspect de la lésion est typique et le diagnostic d'épithélioma du col au début, vérifié après l'opération, est certain. — Opération le 23 mars 1910.

Le col utérin non ulcéré est simplement désinfecté à la teinture d'iode [l'appareil à air chaud étant en réparation].

1^{er} temps vaginal. — La muqueuse vaginale est désinsérée à la Duval. L'incision du vagin porte à 2 centimètres en arrière de la fourchette. Presque tout le vagin est donc ainsi libéré. Une suture en bourse ferme le vagin après sa dissection, jusqu'aux culs de sac et par dessus un fil de soie est faufilé et serré pour parfaire la mise en vase clos du côté ulcéré. (Durée 15 minutes). On a exécuté ce premier temps, avec des gants et en position périnéale, la malade est mise en position très inclinée, les gants changés.

2^e temps abdominal. — Le ventre ouvert et le champ opératoire installé comme de coutume, l'utérus est attiré en haut avec une pince-griffe et fixé par l'aide. Le bord supérieur de chaque ligament large est sectionné et lié; l'on pénètre ainsi entre les deux feuillets des ligaments larges; le feuillet antérieur, décollé, est récliné en avant sur toute son étendue et en bas aussi loin que possible sous la vessie; le décollement sépare la vessie du col utérin.

Après cette libération de la vessie qui a l'avantage accessoire de tendre légèrement l'uretère, celui-ci est cherché, puis découvert sur la paroi latérale du bassin du côté gauche, le long du feuillet postérieur du ligament large.

On le trouve, en cette région, très postérieur et latéral, repéré par l'angle de réflexion du péritoine, des feuillets postérieurs du ligament large sur la paroi latérale du bassin. L'ure-

tère, ainsi découvert, est disséqué le long de sa face postérieure dans toute sa traversée de la base du ligament large et récliné en avant,

Chemin faisant, l'artère utérine est vue en dehors et en avant de l'uretère, dans son trajet pariétal et liée au moment où elle s'engage dans la base du ligament large en avant de l'uretère.

Ces deux points importants exécutés ; libération de l'uretère et ligature de l'artère utérine, l'on poursuit la dissection de la plus grande quantité possible de paramètre. Pour cela, l'hémotase est facilitée par la mise en place d'une pince sur le flanc gauche de l'utérus, et, d'autre part, le paramètre isolé du bout, des ciseaux mousses en avant de l'uretère ; en arrière, du feuillet postérieur des ligaments larges ; et sectionné entre deux séries parallèles de ligatures étayées depuis le bord supérieur de cette lame cellulo-vasculaire, jusqu'au plancher du petit bassin, en se rapprochant de plus en plus du dome vaginal et du col utérin,

Les mêmes manœuvres sont répétées du côté droit.

L'utérus pendant ces manœuvres est toujours tendu par la pince à griffe mise sur son front, et basculé à droite et à gauche selon les besoins. Il remonte peu à peu à mesure que la libération du paramètre, la section des ligaments utéro-sacrés se complètent et n'étant plus amarré au fond par le vagin préalablement désinséré, son exérèse se termine rapidement.

Au dernier temps de l'intervention, en séparant la vessie de l'utérus, la vessie est accidentellement ouverte et immédiatement suturée,

En faisant le pansement vaginal, l'opération une fois terminée, l'on constate que le vagin saigne beaucoup sur la tranche. Celle-ci est liée et un pansement légèrement compressif avec drain est placé,

Sonde à demeure,

Guérison sans incident, Sortie le 8 avril,

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I^{er}

De l'asepsie

Par l'exposé des anciennes méthodes ou de celle plus récente de Wertheim modifiée qui toutes tendent à extraire le néoplasme sans lui faire traverser la cavité abdominale, ou à ne l'y faire passer qu'« enfermé en vase clos », on se rend bien compte que la question de l'inoculation cancéreuse de l'abdomen a été la préoccupation constante des chirurgiens.

Dans ce but ils ont d'abord pratiqué avant toute intervention le curettage ou la cautérisation de la surface néoplasique dans les méthodes simples. Dans les méthodes mixtes les chirurgiens chargeaient du premier temps un aide qui ne prenait ensuite aucune part à l'opération principale. Duval faisait précéder sa désinsection primitive d'une thermocautérisation de la surface ulcérée ; Quenu la stérilisait à l'air chaud.

Si dans des cas très limités et précoces, le cancer du col a pu être enlevé par voie vaginale, si d'autres fois,

trop volumineux, il ne pouvait qu'emprunter la voie abdominale il nous semble que l'hystérectomie par voie vagino-abdominale réunissant un certain nombre des avantages des deux méthodes leur sera préférable au point de vue de l'asepsie, et de la facilité et, conséquence de celle-ci, de la plus grande étendue d'exérèse. Chaque auteur peut donner à un de ces trois points une importance prépondérante. Sans entrer toutefois dans trop de détails il nous paraît bon de citer quelques opinions autorisées :

Ainsi Walther lui accorde l'avantage d'éviter les greffes cancéreuses et il cite à l'appui de son opinion une récidive dans la cicatrice à quelques millimètres du pubis chez une hystérectomisée abdominale de moins d'une année.

Monprofit donne plus d'importance à la facilité à condition d'avoir des cancers précoces et très mobiles.

Quenu ne pense pas que les risques opératoires soient plus grands.

Quant à Faure, c'est peut-être lui qui a donné sur cette méthode le plus de travaux intéressants et nous devons bien qu'elle aille contre les conclusions de notre thèse faire ici une place très importante à son opinion. Pour lui il suffit de dépasser de quelques millimètres seulement la zone d'envahissement du néoplasme pour se mettre à l'abri des récidives. Dans ces conditions il estime, qu'en mettant de côté la question de la facilité plus grande, on peut très bien se contenter dans beaucoup de cas de la voie abdominale seule, où l'on arrive

facilement, dit-il, à dépasser de 3 à 4 centimètres la portion suspecte. Il donne en somme à la facilité le rôle capital en plaçant au deuxième rang la question du recul de la récurrence.

Mais indépendamment du danger des greffes cancéreuses, qui n'est guère douteux, un autre point qui n'est plus à l'étude et est admis de tout le monde à présent, mérite de notre part une grande attention. Le vagin est un « organe septique à l'état normal » et dont la « désinfection est loin d'être parfaite » dit Faure dans une de ses communications. Nous nous gardons bien de contester cette assertion qui vient renforcer encore nos arguments, et nous pensons comme cet auteur, que l'ablation par le ventre d'une portion plus ou moins grande de cet organe non protégé, peut en dépit des meilleures précautions être cause d'accidents. Que l'infection se traduise pour de la péritonite ou de la septicémie c'est assez, semble-t-il, pour rendre prudent.

Dans la colpo-hystérectomie, au contraire conduite de façon typique ; si l'utérus est enfermé dans un double surjet bien étanche tout le temps abdominal, il peut être exécuté sans que les sécrétions normales septiques ou des débris de néoplasme viennent au contact des organes abdominaux.

Nous croyons même qu'il n'y a pas de précautions opératoires : curettage, cautérisation ou stérilisation à l'air chaud qui vaille la méthode préconisée par Duval.

Du reste la voie vaginale autrefois employée seule présentait déjà sur la voie abdominale cet avantage que le

cancer ne traversait pas la cavité séreuse. Elle fut abandonnée parce que, sauf le cas d'incisions libératrices de Schuchardt ouvrant la fosse ischyro-utale, elle ne permettait jamais d'excisions suffisantes et que ces interventions incomplètes étaient suivies de récidives. Mais les récidives, dans ce cas, ne se faisaient pas sur les organes du petit bassin. Elles se faisaient *in situ*, dans le tissu cellulaire quelquefois, dans la cicatrice le plus souvent. De même ici nous ne pourrions pas affirmer que nous nous mettons par ce premier temps à l'abri des récidives locales. Les surfaces cruentées, peuvent avoir le temps de s'inoculer, mais si le chirurgien a bien veillé à ne pas ouvrir les culs de sac, à ne pas produire d'érosion de la séreuse. Si enfin les sutures sont bien étanches, n'a-t-il pas le droit d'espérer qu'aucun élément cancéreux ne se sera greffé sur la séreuse et n'aura atteint d'organes essentiels comme la vessie et le rectum.

Avec l'hystérectomie abdominale ancienne par le procédé courant, sans les modifications apportées par Wertheim et Duval, nous étions loin de remplir ces conditions.

Le chirurgien travaillait au fond d'un vrai puits constitué par le petit bassin. Il avait à faire pour désinsérer le pôle inférieur de l'utérus des efforts de traction qui risquaient de morceler la surface ulcérée. Des éléments néoplasiques, microscopiques pouvaient même très facilement échapper au nettoyage le plus soigné de la séreuse, et en tous cas le simple contact prolongé dans

une opération laborieuse pouvait causer une irritation banale mais déjà grave par les risques qu'elle faisait courir aux malades.

Il est donc permis de penser que la méthode combinée de Duval, employée dans des cas précoces, exécutée dans des conditions d'étanchéité parfaite donnera des résultats plus durables que les méthodes vaginales et abdominales et nous mettra à l'abri de l'infection banale comme de l'infection cancéreuse.

CHAPITRE II

De la facilité

Les meilleurs arguments publiés en faveur de la facilité de l'opération sont de Faure et répondent à une communication de Duval. Les deux auteurs sont parfaitement d'accord pour reconnaître la supériorité de la méthode combinée sur l'hystérectomie simple, mais tandis que Duval considère surtout l'asepsie, Faure ne reconnaît que la facilité plus grande de l'exercice, et il affirme son opinion en disant que ce n'est pas l'enfouissement primitif du col qui empêchera la greffe cancéreuse. Les surfaces cruentées ont tout le temps selon lui, d'inoculer le vagin dont la désinfection malaisée à l'état normal est presque impossible ici, et la mise de pincées dans un deuxième temps, serait bien préférable. Mais l'opération tire tous ses avantages de la libération première du vagin qui le sépare d'avec ses attaches avec le périnée.

Que se passe-t-il, en effet, dans une hystérectomie totale selon la vieille méthode ? La section du péritoine rend l'utérus plus mobile dans le sens antéro-pos-

lérieur en détruisant ses connexions avec les organes voisins, mais elle ne permet aucune élévation.

La section des ligaments larges vient compléter cette mobilité dans le sens transversal, mais nous ne verrons l'utérus monter un peu, et encore très peu, qu'après la résection des aponévroses sacro-recto-génitales. Celles-ci, en effet, tenaient l'utérus en position fixe et s'opposaient à son abaissement en le reliant au sacrum et au pubis, mais leur section ne donne qu'une élévation très négligeable.

Le temps délicat est bien au contraire la dissection péricervicale. Par suite de l'adhérence avec le périnée qui maintient l'utérus en bas, le chirurgien au lieu de disséquer en surface sera forcé de travailler en profondeur tant que l'utérus ne pourra s'élever, or celui-ci tient, avons-nous dit dans notre premier chapitre, au niveau du vagin grâce à la continuité de sa couche musculaire avec celle du vagin, grâce aussi aux attaches solides qui unissent l'aponévrose périnéale moyenne et le transverse profond à l'extrémité inférieure du conduit vaginal. Il devient dès lors facile de comprendre que la section primitive du vagin, en détruisant la continuité de ces trois segments : utérus, vagin, périnée, permet seule le mouvement ascensionnel de la matrice.

En libérant dès le début le pôle inférieur ; elle augmente l'efficacité des tractions abdominales, de telle sorte que le chirurgien au lieu de s'en tenir à la région moyenne de l'utérus en atteint le sommet très

aisément; elle facilite la ligature des pédicules vasculaires des lames sacro-recto-génitales. Bien plus la dissection des uretères elle-même se trouve simplifiée du fait de ce premier temps, l'utérus libéré en bas, s'élève vers la plaie abdominale. Dans ce mouvement il entraîne avec lui les uretères, mais ceux-ci tiennent au bas fond vesical et ils se détacheront de la gaine cellulaire qui les enveloppe, d'autant plus nettement que les ligaments larges seront plus tendus. Cela facilitera leur dissection.

La principale objection qui ait été faite à cette méthode est la longueur de l'opération. Faure lui répond dans le Bulletin de chirurgie, par des arguments excellents et nous ne saurions mieux faire que de les citer ici; leur auteur ayant pratiqué les deux méthodes n'est pas suspect de partialité.

Pour une hystérectomie abdominale simple, dit-il, une heure et demie lui est nécessaire, très souvent d'avantage, jamais moins. Au contraire la durée maxima de son hystérectomie combinée n'excède pas 56 minutes, se répartissent ainsi :

α Temps vaginal, 10 minutes;

β Changement de position, lavage 10 minutes;

γ Opération abdominale, 36 minutes.

Cela fait donc à peu près moitié de temps qu'à l'ordinaire et Faure ne doute pas qu'avec l'habitude de cette opération, avec les améliorations techniques qu'on ne manquera pas d'y apporter, les chirurgiens à l'avenir rendront cette opération encore plus parfaite. C'est ainsi

qu'à la clinique St-Rémy, M. le Docteur Martin, mit un peu plus de 1 heure et demie pour mener à bien l'intervention relatée dans notre observation I, respectivement 1 heure et 55 minutes pour les opérations des observations II et III.

CHAPITRE III

De l'étendue de l'exérèse

Nous avons vu dans le paragraphe précédent que l'aure accorde à la méthode combinée une supériorité très réelle sur l'hystérectomie abdominale au point de vue de la facilité de l'extrésection.

Nous avons montré par ailleurs, qu'il accorde un rôle secondaire à l'asepsie qui est importante au premier chef, ici.

Il nous a semblé intéressant pour cette raison de reproduire les indications opératoires qu'il a publiées au Bulletin de Chirurgie de 1908. Il conseille par exemple l'opération mixte dans le cas où le cancer est peu mobile, car la dissection des uretères est rendue plus aisée par la désinsertion vaginale primitive et la fin elle-même bénéficie aussi de cette libération du pôle inférieur qui guide le chirurgien sur la limite des parties à enlever en bas. Dans le cas de cancer très mobile, par contre il conseille la voie abdominale seule. Il semble cependant que si la méthode mixte est bonne dans les cas difficiles, elle devra être d'autant meilleure dans les cas simples. Nous voyons là sa principale indication, et nous pen-

sons, comme l'a dit Pollosson que tous les cas justiciables de la voie vaginale peuvent bénéficier encore bien plus de la méthode mixte.

Pourquoi en effet a-t-on abandonné la voie vaginale ? C'est que si elle était d'une technique relativement simple et à peu près aseptique, l'opération se faisant toute hors de la séreuse, elle avait le grave défaut de donner un champ très restreint, de ne permettre à l'opérateur qu'une dissection incomplète et elle tomba vite en discrédit pour cette raison et à cause des récidives qui la suivaient.

La méthode abdominale, elle, doit une grande partie de sa défaveur aux excès de l'évidement pelvien; puis les progrès réalisés au cours de ces dernières années par les idées d'asepsie la firent abandonner à différentes reprises. Mais en dehors même de ces risques de greffes cancéreuses ou d'inoculations septiques dont nous avons parlé il y a à craindre la continuation de l'évolution dans les tissus insuffisamment enlevés et au seul point de vue de l'ablation des lésions visibles, la voie abdominale comporte une infériorité notable sur l'opération combinée. En cherchant en effet à ne détacher l'utérus et ses annexes que par voie abdominale on peut laisser autour du col, région très difficile à atteindre par voie haute, un tissu plus ou moins envahi déjà, de telle sorte qu'on pourra croire quelques mois plus tard à une récidive alors que la maladie aura simplement suivi son cours normal après une exérèse insuffisante ici. Le chirurgien qui dans le temps vaginal se sera efforcé de

porter sa dissection en tissu sain, bien au-dessus du col et du fond du vagin, qui, après libération des uretères fera une ablation étendue de paramètre au cours de son deuxième temps abdominal, se met au contraire dans les meilleures conditions pour éviter une récurrence qui pourra ne survenir que longtemps après.

Du côté du vagin en effet, grâce à la désinsertion primitive, la libération peut remonter d'autant plus haut qu'on abaissera plus facilement le col vers le périnée. Le col étant bien abaissé, la manchette peut comprendre plus de la moitié des tissus vaginaux, et une portion considérable de tissu cellulaire sous muqueux. Au lieu que dans l'hystérectomie abdominale le chirurgien est sans cesse arrêté dans son travail par l'adhérence du col en profondeur qui ne permet pas à l'utérus de mouvement ascensionnel notable. L'exérèse n'est pas moins importante du côté du paramètre. On sait combien il est difficile d'affirmer l'intégrité absolue du tissu cellulaire péricervical et périutérin. Tel tissu sain en apparence, pourra comprendre des foyers néoplasiques visibles seulement au microscope qu'un observateur même averti laisserait donc passer. Les ganglions semblent pris d'autant plus vite que le sujet est plus jeune et leur envahissement successif correspond à trois stades pour ainsi dire.

1^o Stade : juxta-utérins, sacro-iliaques, hypogastriques.

2^o Stade : lombaires inférieurs et supérieurs.

3^o Stade : Ganglions inguinaux.

Tous ces ganglions la voie vaginale les laissait évoluer au lieu qu'il devient aisé par la voie haute d'en faire une ablation suffisante. Nous ne conseillerons naturellement pas d'en faire l'extirpation radicale cela nous ramènerait à l'évidement pelvien et à ses suites désastreuses. Il faut cependant chercher à enlever tous ceux qui sont tuméfiés perceptibles au doigt et sans étendre l'exérèse à toute la gangue cellulo-vasculaire qui les unit pour les enlever en un seul bloc il faut dans les endroits qui semblent suspects ne pas hésiter à exciser ces connexions entre les différents groupes.

On s'exposerait cependant à des désillusions si l'on croyait se mettre pour toujours à l'abri des récidives, grâce à cette ablation du tissu cellulo-vasculaire et des ganglions qu'il contient. Car cette précaution, le plus souvent, restera sans résultat dans les cas d'adénopathie nettement perçue. Alors il sera en effet déjà trop tard ; l'infection aura même dépassé les limites des régions qu'on peut atteindre, et la répullulation se fera au delà.

De telle sorte qu'on fera mieux de s'en tenir à la règle de Faure. Si les ganglions pelviens sont facilement accessibles le mieux est de les enlever. S'ils sont trop lointains leur ablation est dangereuse, en risquant de provoquer des infections mortelles dans les espaces cellulo-vasculaires larges qu'on crée dans le petit bassin.

L'indication de choix de la méthode de Wertheim est donc l'envahissement du paramètre sans lésions des ganglions.

Nous voyons donc, en somme, que dans les canceurs au début la méthode mixte profite des avantages de la voie vaginale : libérant le col en bas, elle rend le temps abdominal plus facile; elle ne fait pas passer le néoplasme par la séreuse. Elle obvie, grâce au deuxième temps au reproche qu'on faisait à la voie vaginale, de ne pas donner un champ opératoire assez vaste et elle permet de faire dans des conditions meilleures et sous le contrôle de la vue les différents temps de ligature et hémostase des pédicules.

Les statistiques parues jusqu'à présent semblent lui être favorables.

Voici, par exemple, celles que nous donne Faure : la méthode abdominale pure lui a donné 60 p. 100 de décès de 1896 à 1901. De 1902 à 1905, il a perdu 33 pour 100 de ses malades avec la méthode de Wertheim. Enfin avec les opérations vagino-abdominales, cette mortalité tombe à 14 p. 100.

En 1906 il avait opéré par la méthode combinée, 7 malades. On peut éliminer parmi elles un cas non confirmé histologiquement. Il en reste 6 dont un au début et 3 très avancés avec culs de sac envahis, ligaments larges infiltrés, utérus peu mobile. Sur ces 6 cas, 3 ont récidivé. Mais ce qui nous intéresse c'est que sur les 3 autres malades, une est parfaitement indemne après 4 mois et celle-là même qui avait les lésions les plus graves a atteint son 19^e mois sans aucune trace de rechute.

Nous n'en tirerons pas comme conclusion que la mé-

thode est bonne toujours dans les cas avancés. Mais si dans quelques cancers assez mauvais elle a donné de bons résultats, il n'est pas défendu d'espérer que dans les cas limités ou tout à fait au début elle reculera l'apparition de la récédive en portant l'exérèse plus loin que les anciennes méthodes.

CONCLUSIONS

I. — L'opération élargie de Wertheim modifiée par Duval nous semble réaliser au point de vue technique un progrès incontestable sur les méthodes précédemment employées.

α Elle emprunte à l'une et à l'autre leurs avantages.

Elle en évite quelques-unes des conséquences fâcheuses.

β Elle réalise les meilleures conditions d'asepsie et aucune désinfection faite par la voie vaginale ne sera aussi sûre que le procédé préconisé par Duval.

γ La modification consistant à libérer le vagin d'emblée facilite le temps toujours laborieux de la désinsertion du col de l'utérus par voie abdominale.

δ Elle abrège l'opération.

ε Elle permet une ablation plus large des tissus suspects en supprimant le paramètre et le tiers supérieur du vagin, lieu de la récurrence ou plutôt de la continuation des néoplasmes.

II. — Les indications sont les mêmes que dans tous les cancers. Limitation, précocité.

III. — Il semble qu'elle doive donner au point de vue pronostic de belles espérances aux chirurgiens. Les statistiques actuelles donnant une diminution de la mortalité et un recul de la date de récurrences.

Vu : Le Président de Thèse :

POZZI.

Vu : Le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BOUYIER : Thèse de Lyon, 1904.

BÜMM : Zeitschrift, für geburtschule und. gynecologie, 1905,
T. XLV. p. 173.

CLARK : Zohn-Kopkhuis. Hosp. Brice, 1895, p. 120.

DELBET : Bulletin de Chirurgie. Paris.

DOYEN : Bulletin de Chirurgie. Paris, juin 1906.

DÔDERLIN : Krönig operative gynecologie. Leipzig, 1907.

DURET : Thèse de Paris, 1904.

DUVAL : Bulletin de Chirurgie. Paris, juin 1906, p. 573.

FAURE : Bulletin de Société de Chirurgie. Paris, 13 juin 1906,
p. 573; 25 mars 1908, p. 469; 15 nov. 1906.

J.-L. FAURE : Pratiq. méd. chirurg., 1907.

GRIMOUD : Thèse de Toulouse, 1904.

HARTHMANN : Annales de Gynécologie. Paris, 1905; Bulletin
de Chirurgie, juin 1906, p. 573.

IMBERD : Bulletin de société de chirurgie 1905, et nov. 1906.

JONNESCO : Revue de gynécologie et chirurgie abdominale 1902
page 717.

LECÈNE : Journal de Chirurgie. Paris, 1910.

MONPROFIT : Bulletin de Société de Chirurgie, juin 1906,

PEISER : Zeitschrift für g. und. g. 1898. Tome XXXLV.

PIÉRI : Bulletin de Société de Chirurgie, 1905, et nov. 1906,
POIRIER : Anatomie descriptive,

POLLOSSON : Lyon Chirurgical ; Revue de Gynécologie, 1903.

POZZI : Traité de Gynécologie, 4^e édit, 1907 ; Revue de
Gynécologie 1903,

PROUST : Presse Médicale, mars 1907,

PROUST : Revue de gynécologie, 1909,

QUENU : Bulletin de société de chirurgie de Paris juin 1903,

QUENU : Revue de gynécologie, 1909,

RIÉS : Bulletin de la société de chirurgie, Société des méde-
cins de Francfort,

RUMPF : Société des médecins de Francfort,

SCHAULA : Monatsch fur g. und. g, 1903.

SCHUCHARDT : Traité de gynécologie de Pozzi,

SEGOND : Bulletin de société de chirurgie 5 décembre 1906,

TESTUT : Anatomie descriptive,

TESTUT et JACOB : Anatomie topographique,

TUFFIER : Bulletin de société de chirurgie de Paris, juin 1906,

WALTHER :

WEIRTHEIM : The Britische médical Journal 1905, 23 septem-
bre, page 689,

— Archives fur gynécologie 1901, Bd. LXV.

